

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N°

THÈSE 406

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

ZALUDKOWSKI Szaul

Né le 25 Septembre 1905, à Kalisz (Pologne)

La puériculture chez les Juifs et son évolution en Palestine

(Travail de l'Institut de Puériculture
de la Faculté de Médecine de Paris)

Président de Thèse : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel

1936

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

ZALUDKOWSKI Szaul

Né le 25 Septembre 1905, à Kalisz (Pologne)

La puériculture chez les Juifs et son évolution en Palestine

(Travail de l'Institut de Puériculture
de la Faculté de Médecine de Paris)

Président de Thèse : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	JEANNIN.
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	RATHERY.
Clinique propédeutique	LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose	Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	SERGENT.
	BEZANÇON.
Professeurs sans chaire	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri).Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) ..Pathologie médicale.
 BOULINPathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALAPathologie médicale.
 CHEVALLIER ...Pathologie médicale.
 DOGNONPhysique.
 FEYUrologie.
 GALLIARDParasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYETPhysiologie.
 GIROUDHistologie.
 HAGUENAUPathologie médicale.
 HALPHENOto-rhino-laryngologie.
 HAZARDPharmacologie.
 HUGUENINAnatomie pathologique
 JOANNONHygiène.
 LABBE (Henri) ..Chimie biologique.
 LACOMMEObstétrique.
 LANTUEJOUL ..Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)..Pathologie médicale
 LEMAIREPathologie expérimentale.
 LEVEUFPathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVYPharmacologie.
 LEVY-VALENSI .Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAUPathologie médicale.
 MOULONGUET ..Pathologie chirurgicale
 MOUQUINPathologie médicale.
 OBERLINGAnatomie pathologique.
 PETITDUTAILLISPathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE ...Médecine Légale
 PORTESObstétrique.
 RICHETPhysiologie.
 SANNIEChimie biologique.
 SENEQUEPathologie chirurgicale.
 TROISIERPathologie expérimentale.
 TURPINPathologie médicale.
 VIGNESObstétrique.
 WILMOTHPathologie chirurgicale
 BEZANÇON (J.) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVEPathologie chirurgicale.
 BUSQUETPharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.Physiologie.

MM.

LEROUXAnatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIREParasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE.			
RY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire vénérée
de RABBI NOAH LIDER, MON PÈRE

A MA MÈRE

Trop faible témoignage de notre
attachement filial.

A MA FEMME

A Monsieur le Professeur P. LEREBoullet

*Professeur d'hygiène et de clinique
de la première enfance
Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés.
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur*

Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
notre thèse.

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

AVANT-PROPOS

Pendant quelques mois nous avons suivi le service de la Maternité de l'hôpital Lariboisière. La puériculture, si brillamment enseignée et pratiquée par notre maître Louis Devraigne nous a surtout intéressés et nous nous sommes décidés à l'étudier de plus près.

La puériculture chez les Juifs et en particulier celle de la Palestine nous a attirés principalement.

Le docteur Weill-Hallé, directeur de l'Institut de Puériculture de Paris a bien voulu accueillir favorablement l'idée de cette étude et nous encourager à sa réalisation ; c'est avec un sentiment de grand respect que nous lui exprimons ici toute notre gratitude.

En été 1935, nous nous sommes rendus en Palestine et avons pu étudier sur place toutes les questions concernant l'organisation et l'évolution de la puériculture dans ce pays.

Le docteur Benno Gruenfelder, médecin-pédiatre en chef de la « Hadassah Medical Organization » en Palestine, a bien voulu nous confier un riche matériel d'information et de statistiques qui nous a énormément facilité la tâche. Qu'il veuille bien recevoir à cette place le témoignage de notre reconnaissance profonde.

INTRODUCTION

La puériculture étant devenue un problème capital pour la plupart des nations, il nous semblait intéressant d'entreprendre une étude de ce qui a été fait dans ce domaine chez le peuple juif et en particulier dans la Palestine d'aujourd'hui.

Il est incontestable que le peuple juif, après avoir perdu son indépendance nationale, vivant dispersé dans différents pays, sous différents climats et altitudes et conservant pourtant ses coutumes et sa façon de vivre toute particulière n'a pas pu — ou n'a pas voulu — suivre les progrès dans différents domaines, pas plus qu'en puériculture.

Le « juif errant » dont l'existence tragique est devenue proverbiale, vivant continuellement dans l'inquiétude du jour et dans le souci du lendemain, n'a pas donné à la puériculture une place à part dans sa vie. Les Juifs élevèrent leurs enfants souvent d'une façon primitive et chacun ou chaque famille à sa manière, poursuivant néanmoins tous ce but commun : avoir des enfants le plus possible. Cela ne veut nullement dire que l'on soignait mal les enfants ou que l'on ne s'occupait pas d'eux ; bien au contraire, la mère juive, celle de la classe moyenne, ne connaissait pas le « luxe » d'avoir des nourrices ou de se servir d'un bon lait industriel, elle comprenait bien le but de son existence : avoir des enfants, les nourrir de son lait, les élever le mieux possible, etc.

Les événements relativement récents ont tourné l'aspect des choses : les Juifs, grâce à la déclaration de

Lord Balfour et aux conclusions de la conférence des Alliés à San Remo, ont obtenu le droit de « reconstruire un foyer national en Palestine ». Ce fait qui est le début de réalisation d'un rêve bimillénaire marque une phase nouvelle dans la vie juive. Parmi les innombrables problèmes qui se sont posés devant les dirigeants de l'immigration et du pays, se trouvait notamment celui de la puériculture, comme base de régénérescence de la nation.

Ce pays jeune, ressuscité, avait besoin de méthodes nouvelles, modernes, et c'est avec une activité inlassable que l'on s'est mis à créer, entre autres, des institutions spéciales qui devaient organiser des consultations de femmes enceintes et de nourrissons, créer des stations de « goutte de lait », des écoles et un centre de puériculture.

Ce travail a donné de très bons résultats que nous allons démontrer à la fin de cette étude.

A titre de comparaison et afin de mettre plus en relief l'activité en Palestine dans le domaine en cause, nous allons passer rapidement en revue l'histoire de la puériculture en France (qui, la première, s'est occupée de cette question), donner un aperçu de la puériculture chez les Juifs en général et nous arrêter plus longuement sur l'organisation de la puériculture en Palestine, notre sujet principal.

CHAPITRE PREMIER

LA PUÉRICULTURE EN FRANCE (Aperçu historique)

La France est le lieu de naissance de la pédiatrie ; c'est dans ce pays que fut promulguée la première loi de protection de l'enfance (Th. Roussel, 1874) ; nous croyons donc utile, avant d'aborder notre sujet, de parcourir rapidement quelques phases principales de l'évolution de la puériculture en France.

Quoique, depuis de nombreuses années, beaucoup d'essais furent faits pour donner la vie à cette science, ce n'est que depuis 1918 que sa popularité gagne du terrain de plus en plus. Car, hormis des obstacles innombrables au sein même des unités académiques, il fallait convaincre un « public mal informé, incrédule et récalcitrant » qui se comportait avec réserve envers cette innovation.

Les efforts pour l'établissement de la puériculture sont surtout multiples après la grande guerre (1914-1918). Le monde entier, bouleversé par des massacres qui duraient plus de quatre ans, s'est vu diminué d'une masse humaine. Cette masse, recrutée surtout de gens dans l'âge des forces procréatrices, en disparaissant, a privé l'humanité non seulement d'elle-même, mais également de toute une génération à venir. D'autre part, l'atmosphère immorale de la guerre, les maladies épidémiques et autres ont énormément contribué à l'abaissement de la natalité et à l'accroissement de la mortalité et de la mortinatalité.

Aussi toutes les énergies se sont-elles unies pour

participer au développement de la puériculture qui est, comme l'a si bien défini le regretté Professeur Pinard, *la recherche et l'application de toutes les connaissances relatives à la reproduction, à la conservation et à l'amélioration de l'espèce humaine.*

En 1919, par l'initiative de M. Davison et sous la présidence du Professeur Emile Roux, de l'Institut Pasteur, fut organisée la Conférence de Cannes.

Le point principal de l'ordre du jour était la question de la protection de l'enfance. Voici une des conclusions qui démontre bien à quel point la question était angoissante et urgente :

Il n'est point d'effort en matière d'hygiène publique qui fournisse des résultats plus immédiats et d'une portée plus considérable que ceux réalisés dans la protection de l'enfance. Le problème le plus urgent en matière de santé publique consiste à sauver les enfants à naître et à assurer leur développement normal, à rétablir la santé et rendre possible la croissance normale des enfants qui souffrent actuellement de maladie ou de nutrition insuffisante, et sauvegarder tous les autres (1).

Cette conception était le fruit de multiples efforts et de luttes durant de longues années, puisque, plus d'un siècle, en France notamment, des personnalités de grande valeur ont mis tout en jeu pour y arriver.

En 1811, la France comptait 27 millions d'habitants. Au courant de cette année, 800.000 naissances furent enregistrées et, au bout d'un an, on notait 200.000 décès sur le chiffre de naissances, soit 25 %. C'est un exemple pris au hasard et l'on peut rencontrer des proportions semblables tout le long des années.

(1) V. Weill-Hallé : La Puériculture et son Evolution, Paris, 1929.

Quant au milieu hospitalier (car il en existait un : le Service des « Enfants trouvés » fut transporté à l'hospice des Enfants assistés), la mortalité a été aussi très grande.

« ...la mortalité des enfants au-dessous d'un an y resta longtemps beaucoup trop élevée. Si elle n'atteignait plus comme en l'an V — 92 %, en 1818 — 68%, elle était, du fait de l'encombrement et des épidémies qui, périodiquement, survenaient, beaucoup trop élevée (1). »

C'est Caron qui créa le mot « puériculture », néologisme qui resta longtemps inadmis. En 1865, lors d'une séance des Sociétés Savantes de province, Caron demanda la parole pour une communication au sujet de la puériculture. Le président refusa en motivant son attitude par la crainte que cette question pourrait provoquer « l'hilarité de la réunion ». Cet état d'esprit existait encore longtemps, puisque, trente ans après, en 1895, une communication du Professeur Pinard, au cours d'une séance de l'Académie de Médecine, au sujet de la puériculture *intra-utérine*, a provoqué « l'apparition d'un léger sourire sur les lèvres de ses collègues ».

En 1877, Clemenceau a attiré l'attention du Conseil Municipal de Paris sur l'énorme mortalité infantine et a proposé de créer un fonds spécial destiné à l'étude scientifique de l'allaitement artificiel. Or, comme l'approbation de cette idée dépendait de l'Académie de Médecine qui déclara que « pareille expérience aurait des conséquences meurtrières et serait non seulement dangereuse mais immorale », aucune décision ne fut prise.

En 1882, Parrot a installé une nourricière de lait d'ânesse pour enfants hérédo-syphilitiques et atrésiques; cette méthode a échoué et l'on passa bientôt à la méthode de stérilisation de lait de vache, considérant

(1) V. Lereboullet. Leçon inaugurale au cours d'hygiène et de clinique de la Première Enfance (19-11-1928). Paris Médical, 8 décembre 1928.

néanmoins que seul l'allaitement maternel pouvait mettre fin à ce fléau de mortalité infantine.

La loi de Th. Roussel (1874) a également contribué à l'abaissement de la mortalité qui reste cependant encore assez élevée en 1886 (16 %).

L'application à l'alimentation infantine des découvertes de Pasteur fait tomber cette mortalité à 11 % (1904).

Budin (1892) créa les premières consultations spéciales de nourrissons, où l'on distribue gratuitement du lait stérilisé et où l'on apprécie le développement régulier de l'enfant à l'aide de la balance (1).

Le premier Congrès International des « Goutte de Lait » a lieu, à Paris, en 1905. Ce congrès s'occupe spécialement de la protection de nourrissons et de l'alimentation infantine. Mais ce n'est que depuis 1918-19 que les pouvoirs publics s'intéressent sérieusement à cette question. Consultations de nourrissons, « goutte de lait », se multiplient rapidement et, actuellement, on a tendance à substituer à l'ancienne expression : « lutte contre la mortalité infantile » une conception nouvelle : « lutte en faveur de l'enfant normal (2) ».

Pour que tout cela réussisse, il fallait créer une avant-garde de porte-paroles pour vulgariser l'idée de puériculture et gagner la confiance des larges masses populaires. Une « ligue contre la mortalité infantile » fut créée et M. Variot (dès 1903) faisait des conférences publiques et populaires de puériculture. Cet enseignement, ratifié plus tard (1905) par le Conseil Municipal, a donné de bons résultats et, en 1908, on envisage la nécessité de créer un Institut de puériculture.

(1) La balance fut déjà employée par N. Guilloit à Necker en 1852.

(2) Voir Weill-Hallé : La Puériculture et son Evolution; Leçon inaugurale au cours de puériculture (Paris, 1929).

Il a fallu longtemps pour que, grâce à l'activité inlassable de notre maître Weill-Hallé, le concours très précieux de M. le Professeur Lereboullet et d'autres personnalités éminentes du monde médical français, ainsi qu'à un don de la Croix-Rouge américaine, cet institut fut finalement créé et inauguré en mars 1933 (1).

(1) Une école de puériculture existait néanmoins depuis 1920 à Paris; transportée dans le bâtiment nouveau, elle a pris une importance beaucoup plus grande.

CHAPITRE II

LA PUÉRICULTURE CHEZ LES JUIFS

(Aperçu historique)

Lorsqu'on veut étudier la puériculture chez les Juifs, il faut s'adresser aux temps les plus reculés : là nous trouverons une puériculture très ancienne, de nature purement hygiénique et dont les lois avaient surtout trait à l'hygiène générale; les questions de prophylaxie et de mortalité enfantine par exemple y restent à l'arrière-plan. Avoir des enfants, les élever à la lettre suivant les lois saintes, voilà le sens principal de cette puériculture.

Que disent les lois à ce propos ? Nous toucherons ici à la puériculture ante-natale, ante-conceptionnelle, dirais-je. Les lois d'hygiène pour la femme israélite sont d'une sévérité extrême.

Toute jeune fille juive doit, la veille de son mariage, prendre un bain de corps en immergeant particulièrement les parties génitales; ce bain doit être pris dans une eau courante : fleuve, source ou établissement spécial appelé « mikweh (1) ». On admettait évidemment *a priori* que toute jeune femme était vierge avant son mariage, car seulement celle-ci pouvait obtenir la bénédiction de Dieu. Une fois mariée, la femme israélite, entre maintes obligations d'ordre religieux, devait obéir aux différentes prescriptions concernant sa vie sexuelle;

(1) Hébr. : source.

elle a, comme on lit dans le « mayan-tahor (1) », deux semaines pour « elle » et deux semaines pour « lui » (le mari). Durant le flux menstruel, la femme est considérée comme « tméah (2) » ; pendant cette période, elle n'avait, dans l'antiquité, aucun droit civil, ne pouvait porter des offrandes et devait être la plus éloignée possible de son mari. (L'interdiction absolue des rapports sexuels est de toute évidence.) Tout ceci pendant 14 jours (3) : 7 jours avant et 7 jours après le début du cycle menstruel. Les rapports sexuels n'ont qu'un seul but : la fécondation ; une goutte de sperme « perdue », c'est-à-dire non éjaculée dans les voies génitales de la femme ou éjaculée en dehors des rapports sexuels (onanisme) est considérée comme un péché grave.

Considérant, d'une part, les strictes lois d'hygiène auxquelles obéissaient les femmes juives et, d'autre part, les précautions qu'elles prenaient tant avant la conception que durant la grossesse, il est peut-être loisible d'admettre que c'est à cause de ceci que, dans l'antiquité, on notait rarement un accouchement laborieux parmi les femmes juives.

(1) Hébr. : source pure.

(2) Sale.

(3) Ces deux semaines pour « elle » dont parle le « mayan-tahor » révèlent des suggestions très intéressantes, notamment dans la science eugénique moderne : M. Devraigne critique dans le Monde Médical du 15 novembre 1934 des recherches de Kaans et d'Ogino et souligne l'importance de glaires cervicales pour la fécondation. Ces glaires s'écoulent à partir du 10^e au 15^e jour du cycle menstruel. Cette époque est donc considérée comme la plus appropriée à la fécondation et demeure fixe et individuelle pour chaque femme. Cette théorie ne puiserait-elle pas son origine dans les vieilles lois du « mayan-tahor » — ou plutôt : nos anciens hygiénistes étaient-ils peut-être au courant de l'époque la plus favorable à la fécondation ?

Les femmes israélites accouchaient facilement. (Ex. I, 19.) Un seul cas nous est connu dans la Bible : Rachel met au monde Benjamin et expire ensuite. (Ex. XXXV, 16, 19.)

Comment se passait un accouchement ?

L'emploi des sages-femmes est connu des temps les plus reculés. L'homme-mari assistait à l'accouchement; il prenait l'enfant des bras de la sage-femme, le mettait sur ses genoux et faisait ainsi acte de reconnaissance paternelle.

Le cordon ombilical était coupé à l'aide d'un couteau approprié ou écrasé entre deux pierres; une fois cette opération effectuée, on baignait l'enfant, le frottait avec du sel et l'emmaillottait ensuite. (Ezech., XVI, 4.)

Et voici une question de puériculture proprement dite : l'allaitement. Il se faisait généralement par la mère. (Gen., XXI, 7; Ex., II, 7, 9.)

On avait aussi recours aux nourrices, préalablement examinées au point de vue médical. (Gen., XXIV, 59; XXXV, 8; II Rois XI, 2.)

L'allaitement artificiel existait également d'après certains auteurs, et l'on avait recours au lait d'ânesse. (Cet animal étant inséparable des anciens Hébreux.)

On sevrant l'enfant à l'âge de 2 à 3 ans (I Sam., I, 23; II Macc., VII, 27); à cette occasion, une grande fête s'organisait et la mère apportait une offrande (I Sam., I, 24). On portait l'enfant dans les bras ou sur les épaules (Isai XLIX, 22 et LXVI, 12); on le berçait sur les genoux.

C'est surtout la mère qui s'occupe de l'enfant (Prov., VI, 30 et XXXI, 1); elle le garde durant l'âge tendre (1) (Ex. XXI, 4).

(1) Cet âge n'est pas défini.

L'enfant est l'unique préoccupation de la mère qui s'acquitte de ses devoirs avec joie, à tel point que les prophètes exaltent dans leurs chants l'amour maternel (Isai XLIX, 15).

LA CIRCONCISION (1)

Le huitième jour après la naissance, on procède à la circoncision (Gen. XVII, 12). Dans les temps primitifs, cette opération se pratiquait à l'âge de la puberté et marquait l'initiation virile (Gen. XVII, 25). Actuellement, on la pratique souvent vers le quinzième jour.

Dans son origine, la circoncision était un acte d'union entre Dieu et les israélites. Tel fut le sens de la circoncision que pratiqua Abraham (Gen. XVII, 11); mais depuis, cette pratique, tout en ayant conservé quelque chose de son origine, a pris, néanmoins, un caractère un peu différent. D'après G. Lewin, voici hormis les Juifs, les peuples qui pratiquent la circoncision : tous les musulmans, les indigènes de Tahiti, Tango, Madagascar, Nouvelle-Calédonie, îles Fidji, les Ethiopiens du Nord, les Mexicains, les indigènes de San Salvador et de certaines contrées d'Australie.

Beaucoup d'auteurs ont cherché à définir le but et à expliquer l'origine de la circoncision et c'est ainsi qu'à l'heure actuelle nous sommes en présence de plusieurs théories :

Certains pensent que la circoncision était instituée chez les anciens dans le but de satisfaire les mauvais esprits ; d'autres admettent que cela devait remplacer la coutume des offrandes, d'autres enfin que cela devait

(1) Quoique ce chapitre ne soit pas nettement du domaine de la puériculture, nous avons trouvé nécessaire de le placer ici, vu le rôle primordial de cette opération chez les Juifs et son importance de plus en plus croissante à l'heure actuelle.

être un genre de « naturalisation », un symbole de soumission.

Maïmonides, en tant que médecin, voit dans la circoncision une atténuation de la sensualité masculine.

Pour Katzenelensohn, cette opération n'est instituée qu'au point de vue thérapeutique ; cet auteur admet que la circoncision serait une bonne mesure prophylactique contre la contagion vénérienne, si facile dans les pays tropicaux.

Lors du Congrès international de médecine qui se tenait en 1867 à Paris, le professeur Stucovenkoff a prononcé un discours sur la prophylaxie et la thérapeutique de la syphilis. Il proposa, entre autre, l'introduction dans la pratique et la vulgarisation de la circonsision.

En 1912, Breintenstein rapporte une statistique intéressante, concernant l'armée indo-hollandaise :
sur 15.000 soldats *circoncits*, 120 étaient atteints de syphilis, soit 0,8 %.
sur 18.000 soldats *non circoncits*, 720 étaient atteints de syphilis, soit 4 %.

D'autre part, Leb de Mannheim rapporte une statistique non moins appréciable :

sur 2.000 malades vénériens *non circoncits*, il y avait 793 syphilitiques, soit près de 40 %.
sur 468 malades vénériens *circoncits*, il y avait 69 syphilitiques, soit près de 15 %.

L'auteur italien Remondino va même plus loin en mettant la circoncision sur le même niveau que la vaccination antivariolique et en proposant l'obligation de pratiquer parallèlement ces deux opérations d'importance égale pour le genre humain.

Il est évident que cette idée rencontre des adversaires (1) qui mettent en jeu les différents dangers que

(1) Il existe d'ailleurs actuellement une théorie psychologique, issue de principes freudiens, qui combat la pratique de la

court le jeune être qu'on soumet à une opération tout de même sanglante.

Heureusement, le nombre de ces adversaires est minime, et leurs opinions, quelque soit l'origine, sont loin d'empêcher la vulgarisation de la circoncision.

A l'heure actuelle, on pratique la circoncision, d'abord comme mesure prophylactique et ensuite comme moyen thérapeutique dans maintes affections péniennes.

Dans certaines maternités en Grande-Bretagne on circonçoit tous les garçons nés dans l'établissement, exceptés les cas où il y a opposition du côté des parents ; ces cas sont rares.

Dans différents pays, il y a tendance à imiter cette pratique.

D'autre part, du point de vue thérapeutique, la circoncision est l'intervention de choix dans les cas de phymosis, paraphymosis, etc., et nous avons pu constater aux consultations de voies urinaires la fréquence relative de telles anomalies et le succès de cette thérapeutique.

! *
* * *

Nous avons très peu de renseignements concernant la « puériculture » chez les Juifs à partir de la destruction du II^e temple jusqu'au milieu du XIX^e siècle.

Toute la littérature de cette longue époque est composée du Talmud, de traités religieux et de poésies (sur-tout élégies ayant trait à la perte de la Patrie), au caractère purement national où prédomine le son de nostalgie profonde.

circoncision, cette opération pouvant créer ultérieurement chez les garçons circonçits une certaine psychose de quelque chose de « perdu », un genre de « complexe d'infériorité ».

Dans cette littérature rabbinique traitant des problèmes d'ordre religieux et moral, on ne trouve guère quelques fragments concernant la question d'enfants.

Il est impossible de caractériser en quelques mots cette longue époque douloureuse; il faudrait commencer par l'Inquisition en Espagne et, passant par les ghettos du moyen âge, arriver aux pogromes sauvages de l'époque moderne. Il est tout à fait compréhensible que les problèmes vitaux de tous les jours mettaient en arrière-plan ceux de la puériculture. A part certaines modifications que les Juifs adoptèrent au fur et à mesure de leur cohabitation avec différents peuples, leur puériculture ne différait pas beaucoup des coutumes admises depuis longtemps.

C'est seulement dans la seconde moitié du xix^e siècle que commencent à paraître quelques brochures et un certain nombre de livres consacrés à la médecine et à l'hygiène de l'enfance.

Dans un livre de Studencky intitulé : « Le médecin d'enfants » et édité en hébreu à Varsovie en 1843, nous lisons entre autre dans l'introduction : « C'est ainsi que je commence dans ce petit livre à montrer et apprendre la bonne conduite à tenir dans le développement de l'enfant dès sa sortie de l'utérus ; car cette époque créera une base pour le reste de sa vie, tout comme le bon soubassement supporte le bâtiment — comme des racines bien nourries entretiennent la vie d'un arbre ».

Cet ouvrage est encore surchargé de formules religieuses, mais présente déjà une certaine valeur scientifique médicale.

Nous y trouvons toutes sortes de remarques utiles dans différentes périodes de la vie de l'enfant, en commençant par les soins à donner dès le début de la vie extra-utérine et jusqu'à l'âge de la troisième enfance. Il

y a question de tout ce qui touche le nouveau-né : toilette, habillement, nourriture, etc; et, fait curieux, les notions sont à peu de choses près celles que nous avons à l'heure actuelle.

Nous avons vu plus haut que la « puériculture » chez les Juifs a été basée principalement sur des conceptions religieuses et est restée par conséquent, longtemps dans un état stationnaire. L'ouvrage de Studencky et beaucoup d'autres qui sont parus plus tard (fin du xix^e et début du xx^e siècle) furent les premiers dans lesquels les auteurs s'efforçaient à tracer des lignes générales de la conduite à tenir dans toutes les phases du développement de l'enfant. Jusqu'alors ce problème n'existait pas : on pratiquait bien « une puériculture » mais il n'y avait pas de méthodes ; or, l'intention de ces auteurs était justement d'établir des principes précis et une réglementation pour tout ce qui concerne la vie et le développement de l'enfant. Hélas, ces appels restèrent sans écho ; bien au contraire, on estimait que la question d'élever les enfants était très bien organisée et qu'on n'avait nullement besoin d'appliquer des méthodes spéciales étant donné l'état satisfaisant de santé et de développement. Des auteurs ont cherché à expliquer cet « état satisfaisant », et l'on rencontre entre autres l'opinion suivante : le bon développement des enfants juifs, leur faible mortalité et encore plus faible mortalité, leurs prédispositions relativement minimales aux maladies sont dus à la nourriture rituelle des Juifs et à l'hygiène stricte qui renforce la race, etc.

Quoi qu'on pense de cette hypothèse, il n'en est pas moins vrai que la mortalité chez les Juifs est faible en comparaison avec celle des autres habitants du pays dans lequel ils vivent.

On admet généralement que la fécondité des Juifs

est énorme. Déjà, dans l'antiquité, les Pharaons égyptiens se croyaient menacés et prirent des mesures contre cette grande natalité des Juifs et surtout des garçons. (Gen. XIII, 10.)

En effet, une statistique relativement récente démontre que sur 100 filles naissent :

104,1	garçons catholiques
104,6	— orthodoxes
104,7	— musulmans
105,3	— protestants
133,1	— juifs

Saltikoff, dans son fameux article sur les Juifs, dans les années 80 du siècle précédent, croit naïvement que les Juifs se reproduisent avec acharnement. Mais les faits et les statistiques disent tout à fait autre chose.

Les statistiques officielles de 1897 en Russie démontrent que la natalité des Juifs est de 32,4 pour 1.000, tandis que celle des chrétiens est de 46,1 pour 1.000. Les statistiques allemandes de la même année démontrent une proportion presque pareille :

Juifs: 22,5	pour 1.000
Non Juifs: 38,15	— 1.000

Il est intéressant de noter que, durant les derniers 50-60 ans avant la guerre, la natalité juive diminuait d'une façon remarquable, ce qui devenait réellement inquiétant pour l'avenir de la nation juive.

Pourquoi cette inquiétude ?

Les Juifs se trouvaient, dans différents pays, en plus ou moins grande minorité. Dans certains pays, ils s'assimilaient facilement et vivaient absolument la vie de leurs hôtes; ils ne craignaient donc aucun danger et admettaient en Allemagne par exemple le « Zweikindersystem » (système de deux enfants), très populaire à l'époque.

Dans d'autres pays, au contraire, où les Juifs ne s'assimilaient pas avec la population et menaient leur vie à eux, l'admission de ce « Zweikindersystem » présentait un danger.

Il résulte donc de ce que nous venons de dire que la natalité juive, dans le siècle précédent et au début de celui en cours, n'était pas grande et tendait à diminuer.

Passons maintenant à la mortalité des Juifs.

Ici, incontestablement, cette nation est privilégiée : il résulte des statistiques ci-dessous que la mortalité des Juifs est bien plus basse que celle des autres nations.

En Russie (1), en 1897, la mortalité était :

entre les années	chez les Juifs	chez le reste de la population
—	—	—
1878-1882	17,53 p. 1.000	25,23 p. 1.000
1888-1892	15,71 —	23,26 —
1893-1897	14,73 —	21,84 —

En Allemagne, la mortalité était :

Chez les Juifs, de	16,3 pour 1.000
Chez le reste de la population, de..	26,3 pour 1.000

A New-York, en 1897, la statistique de la mortalité est la suivante :

Américains	45,18 pour 1.000
Irlandais	36,04 —
Allemands	22,14 —
Juifs	16,71 —

En Algérie, la mortalité était la suivante :

En 1844.....	44,6 p. 1.000	Européens —	21,6 p. 1.000	Juifs
En 1845.....	45,5	—	— 36,1	—
En 1847.....	50,0	—	— 31,5	—
En 1848.....	42,5	—	— 23,4	—
En 1849.....	105,9	—	— 56,9	—

(1) La plupart de ces statistiques d'après Vermel.

La statistique suivante démontre la proportion entre la mortalité juive et non-juive pendant les différents âges de la vie :

	Mortalité chez toutes les nations	Mortalité chez les juifs
Jusqu'à un an	40,91 p. 1.000	25,68 p. 1.000
de 1 à 5 ans.....	22,06 —	21,10 —
— 5 à 10 —.....	4,88 —	4,81 —
— 10 à 15 —.....	1,92 —	2,64 —
— 15 à 20 —.....	1,82 —	3,00 —
— 20 à 30 —.....	3,85 —	6,01 —
— 30 à 40 —.....	3,63 —	4,93 —
— 40 à 50 —.....	3,91 —	4,93 —
— 50 à 60 —.....	4,75 —	6,78 —
— 60 à 70 —.....	5,94 —	7,99 —
— 70 à 80 —.....	5,00 —	7,34 —
au-dessus de 80 ans..	2,11 —	3,84 —

Comment expliquer cet état de choses ?

Nous avons démontré que la natalité chez les Juifs est plus basse que chez les autres nations; nous savons d'autre part que l'immense part de cette mortalité incombe à la mortalité infantine; or, comme nous le voyons de ce tableau, la mortalité des enfants juifs au cours de la première année est bien plus basse que chez les autres nations; il est donc facile à comprendre pourquoi la mortalité en général est bien moindre chez les Juifs que chez les autres nations.

Cette faible mortalité des enfants en bas-âge s'explique par bien de phénomènes propres à la race juive, dont surtout le dévouement exemplaire des parents juifs et surtout de la mère aux enfants. Combien souvent voyait-on la mère juive souffrir de misère alors que l'enfant avait tout le nécessaire pour son existence et son développement.

Nous n'entrerons pas en détail pourquoi à l'âge plus avancé le tableau change d'aspect. Ceci est probablement dû à des facteurs économiques ou sociaux dont nous ne nous occuperons pas ici.

La mortinatalité est minime chez les Juifs.

Quelles sont les principales causes de la mortinatalité ?

Si nous ne prenons en considération que les causes pathologiques héréditaires, sans faire attention à toute autre cause (les cas pathologiques proprement dits de l'accouchement — dystocie dans l'accouchement — souffrance fœtale, etc.), nous pouvons affirmer que la mortinatalité est surtout due à la syphilis et à l'alcoolisme. Or, les Juifs, dans l'immense majorité, sont indemnes de ces deux fléaux. Il n'y a donc pas lieu de parler de la mortinatalité chez les Juifs spécialement, en tant qu'elle est répandue chez d'autres peuples.

En résumé, depuis la plus haute antiquité, existèrent chez les Juifs des prescriptions hygiéniques concernant la naissance, la vie et le développement de l'enfant. Ceci fut pratiqué durant l'indépendance nationale.

Pendant les siècles qui suivirent, les Juifs empruntèrent chez d'autres nations différents détails dans le domaine d'élever les enfants; ils gardèrent néanmoins le principe de leurs vieilles prescriptions hygiéniques.

Vers la fin du ^{xix}^e siècle et au début du siècle en cours, on voit chez les Juifs un abaissement notable de la natalité. Ce fait se confond d'ailleurs avec l'état de natalité et la question de l'enfance chez les peuples en général; il serait donc difficile de traiter séparément, pour ce qui concerne l'Europe, la question de la puériculture juive et non juive.

Cette question a totalement changé d'aspect sur le territoire de la Palestine; nous allons voir par la suite ce qui a été fait dans ce pays au sujet de la puériculture.

CHAPITRE III

HISTORIQUE ET ORGANISATION DE LA PUÉRICULTURE EN PALESTINE

Si l'on veut parler d'un problème quelconque concernant la vie en Palestine, et surtout s'il s'agit d'une question aussi importante que la puériculture, il semble nécessaire, pour la clarté de l'exposé, de décrire, que ce soit en quelques mots, l'histoire de la colonisation de ce pays par les Juifs.

C'est un peu l'histoire du sionisme.

Cette idée de reconstruction d'un foyer juif en Palestine n'a pas été neuve au courant du XIX^e siècle; c'est seulement à cette époque qu'elle a pris une raison d'être.

Jusqu'alors il n'existait pas, pour ainsi dire, de vie nationale juive; partout où ils vivaient, les Juifs étaient considérés uniquement comme une minorité religieuse et c'est la religion qui englobait tous les phénomènes vitaux de cette pseudo-nation. Quoique dépossédés d'un sol national, les Juifs formaient une unité forte, toujours prête à souffrir et à lutter contre toute attaque butant à l'enlèvement de leur humble avoir : la religion.

Les prières juives sont comblées de nostalgie du Sion (1); nous y trouvons des phrases comme : « La Tora sort du Sion », « Dieu demeure à Sion », « Qu'il soit permis à nos yeux de revoir ton règne au Sion, Dieu »,

(1) Palestine.

etc. Tout ceci démontre clairement que la volonté de reconstruire existait, mais elle était endormie, en quelque sorte paralysée par différents facteurs d'ordre politique et économique que nous ne développerons pas ici.

La vague d'antisémitisme qui était ébauchée et répandue en Russie d'autrefois trouvait des répercussions de plus en plus importantes dans d'autres points du continent. La situation devint insupportable; il fallut se décider à faire quelque chose. D'éminents esprits juifs ont déclaré que l'époque de la nostalgie muette, des dos courbés et de l'attente patiente de l'arrivée du Messie libérateur était désormais finie et que le moment d'action énergique était venu.

Une émigration vers la Palestine commence; on notait par ci par là des départs de groupes isolés, surtout parmi les Juifs de Russie.

Presque en même temps apparaît Théodor Herzl (1).

Ses multiples qualités personnelles lui mettaient en mains les clefs des portes jusqu'alors fermées aux Juifs. Ses entretiens avec les ministres antisémites russes, avec Guillaume II, avec le sultan Abdul Hamid, etc. ont été les premiers essais à intéresser les puissances européennes à la situation des Juifs et à donner un caractère international au mouvement sioniste dont il s'était fait l'animateur et le dirigeant.

Cependant l'immigration continuait. Certains groupes allaient en Palestine uniquement pour visiter le pays; d'autres, plus forts et plus courageux, pour y demeurer. Car il fallait du courage pour rester dans ce pays totalement délaissé, où la lumière de culture et de civilisation ne pénétrait pas. Il n'y avait que des plaines

(1) Fameux journaliste et correspondant de la *Neue Freie Presse* à Paris, lors de l'affaire Dreyfus; leader du mouvement et président de l'Organisation Sioniste (1897-1904).

sablonneuses, des montagnes rocheuses et des marais, habités par le paresseux Arabe et le Bédouin sauvage.

Le cadre de ce travail ne me permet pas de m'arrêter plus longtemps sur des considérations historiques. Disons seulement que l'immigration en Palestine a continué et continue toujours d'une façon plus ou moins importante et, à l'heure actuelle, la population juive de ce pays atteint approximativement le chiffre de 400.000.



Il existe en Palestine plusieurs genres de colonies, mais *grosso modo* on peut les diviser en deux grandes classes : 1° colonies à base de propriétés privées; 2° Kwoutzoth (du mot hébreux Kwoutza : groupe) ou groupements collectifs établis sur la terre du Fond National : les premières étaient créées par des gens d'un certain âge, les dernières surtout par des jeunes gens.

A leur arrivée en Palestine, il y a quelques dizaines d'années, tous ces gens ont rencontré maintes difficultés, et à part la lutte quotidienne pour l'existence, ils avaient à lutter contre les maladies sévissantes dans le pays, contre le climat et les conditions atmosphériques auxquels ils n'étaient pas habitués. Si les adultes sortaient plus ou moins vainqueurs de cette lutte, les jeunes et les tout petits, eux, payaient de leur vie, et la mortalité infantine et surtout celle des nourrissons était énorme.

Si les habitants des colonies, ces gens d'un certain âge, avaient plus ou moins de l'expérience dans le domaine de puériculture, ceux des Kwoutzoth n'en avaient aucune et ici les difficultés et les désastres ont été encore plus grands.

Les villes comptaient très peu d'habitants juifs

immigrés. Il y avait surtout des Juifs orientaux : Yeménites, Turcs, Egyptiens et d'autres qui vivaient dans des conditions sanitaires et hygiéniques déplorables.

La grande mortalité infantine, dans ce pays qui devait renaître, était un phénomène d'autant plus triste et accablant que, sur ces enfants, nés en Palestine, se basait l'espoir de la renaissance.

En 1913, par l'initiative de l'Organisation Sioniste, un groupe de médecins et d'infirmières des Etats-Unis est arrivé en Palestine pour entreprendre et organiser la lutte contre le paludisme, le trachome et la rage, fléaux qui sévissaient dans le pays.

Il n'y avait pas encore été question de puériculture.

C'est seulement vers 1914 que le Dr B. Gruenfelder, chef actuel de la puériculture en Palestine, attire l'attention du Congrès sioniste, ainsi que celle des grandes masses juives, sur le danger de cet état de choses. Il propose de créer un centre de puériculture en Palestine avec plusieurs stations où les mères pourront venir demander gratuitement conseil aux médecins et où elles pourront obtenir une aide quelconque; il propose, en outre, la création, à l'exemple de la France et d'autres pays européens, de stations de « goutte de lait » (Variet).

Pour introduire toutes ces innovations dans ce pays, il fallait préparer le public, organiser une propagande, créer des cours publics et attirer les mères et les jeunes filles à s'intéresser à cette science nouvelle, si utile pour elles. En dernier lieu, il fallait former des cadres de professionnels.

Les plans ont été tracés, mais la guerre éclata et en arrêta pour plus de quatre ans la réalisation.

De 56.000 habitants juifs en 1914, la Palestine en comptait seulement 19.000 vers la fin de la guerre, et ces quelques milliers que rien n'a pu obliger de quitter le

pays méritaient qu'on s'occupa d'eux et qu'on tâcha de les soulager dans la misère et dans la mauvaise situation sanitaire dans lesquelles ils se trouvaient.

C'est en 1920 qu'une nouvelle expédition sanitaire, organisée par l'Association de femmes sionistes d'Amérique du Nord, « Hadassah », ayant à sa tête Miss Szold, a trouvé un large champ de travail dans le domaine de l'hygiène et de la santé publique en Palestine .

Vers cette époque sont rapatriés les réfugiés de la guerre et une nouvelle immigration en masses commence. Beaucoup de nouvelles colonies sont créées et, dans différents points de Palestine, se créent de nouvelles « Kwoutzoth » (groupements) de porteurs du drapeau et de héros de la vie nouvelle.

En même temps, les villes Jérusalem, Haïffa se développent.

Au bord de la Méditerranée et en prolongement de Jaffa, le vieux port arabe, une ville moderne, européenne, se crée : Tel-Aviv (1).

Une bonne organisation pour sauvegarder l'hygiène et la santé publique est de toute urgence. La « Hadassah » déploie de multiples efforts et arrive à ses fins. A côté du grand intérêt qu'elle porte à la puériculture, elle crée des polycliniques dans différents points du pays où l'on soigne le trachome; elle crée également des centres de prophylaxie contre le paludisme et la rage; elle construit et réorganise des hôpitaux à Jérusalem, Tel-Aviv, Safed et Haïffa.

En 1922, une école générale d'infirmières ouvre ses portes; les élèves sont destinées à toutes les branches de santé publique : puériculture, obstétrique, maladies infectieuses, hygiène scolaire, assistance sociale, etc. Entre temps, l'immigration continue toujours et verse

(1) Actuellement 150.000 habitants juifs environ.

dans le pays une quantité de jeunes mères inexpérimentées et beaucoup d'enfants. L'intérêt de la vulgarisation de la puériculture est général et, dans l'espace de quelques années, 23 stations de puériculture sont créées en Palestine.

Ce n'est pas tout; un autre problème d'une importance capitale a surgi : étant donné que le nombre des femmes-mères-travailleuses augmentait de jour en jour, il fallait créer des établissements spécialisés où les mères pourraient laisser leurs enfants pendant la journée, où nourrissons et petits enfants pourraient trouver un peu de chaleur et de sacrifice maternels auprès d'un personnel spécialisé et dévoué. Ces maisons d'enfants furent créées et fonctionnent très bien.

Etait-il nécessaire de créer ce genre de maisons dans les Kwoutzoth ? Voilà que nous touchons à un problème spécifique de la puériculture en Palestine et qui existe uniquement dans ce seul pays au monde : je veux parler de la puériculture dans les « Kwoutzoth ».

Ces groupements, établis surtout sur la terre du Fond National Juif et ne reconnaissant pas le principe de propriété privée, vivent en collectivités. Le travail : direction, la terre, bâtiment, écoles, etc., est partagé et chaque membre (1) de la Kwoutza se sent responsable du tout (2).

Quant à la puériculture dans les Kwoutzoth, elle est pratiquée de la façon suivante :

Par manque d'installations appropriées, les femmes

(1) Le nombre des membres de « Kwoutzoth » varie en général entre 75 et 400.

(2) Il m'est impossible de développer ici plus longuement le côté social très intéressant de cette question.

accouchent à l'hôpital, à Afoulé (1), situé à proximité de la plus grande agglomération des Kwoutzoth (Emek Izreel) ou dans les hôpitaux des villes. Aussitôt rentrée dans la Kwoutza, la femme se repose un certain temps et peut ensuite reprendre son travail habituel.

Les nourrissons sont placés dans une maison spéciale où certains membres de la Kwoutza, après avoir passé un cours gratuit et un stage dans un des établissements de puériculture du pays, s'occupent d'eux.

Ces « soignantes » jouent le rôle de la mère de cette petite collectivité; elles s'occupent de la toilette des nourrissons, de l'allaitement artificiel, s'il y a lieu; elles veillent sur leur sommeil.

À l'heure de l'allaitement, toutes les mères arrivent et, après avoir fait leur devoir, elles retournent tranquillement à leur travail, sûres d'avoir laissé leurs enfants entre des mains responsables.

Par mesure de prophylaxie (2), nul (3), sauf les parents, ne peut visiter ces maisons. Les derniers viennent jouer quelques instants avec leur enfant, une fois le travail fini, et le samedi (journée de repos).

Grâce à cette organisation et aux mesures prises, la mortalité infantine et celle des nourrissons dans les

(1) Hôpital ultra-moderne construit avec les fonds de la Caisse des Malades près de l'Organisation Ouvrière de la Palestine.

(2) Pendant mon séjour à Ein Harod, on a noté quelques cas isolés de coqueluche. Il est incontestable que cette maladie aurait pu prendre l'étendue d'une épidémie, si l'on n'avait pas agi immédiatement. Un des bâtiments fut évacué et on y installa les enfants non atteints.

(3) En qualité de médecin et après quelques jours de séjour à Ein-Harod où je me suis accoutumé au milieu, j'ai joui d'une faveur spéciale et ai pu admirer cette organisation modèle de puériculture.

Kwoutzoth est extrêmement minime et par place inexistante même (1).

Les enfants restent dans cette maison jusqu'à l'âge de 12 à 13 mois environ; ils passent ensuite dans une autre, spécialement organisée pour le développement des tout petits et y restent jusqu'à l'âge de 3 ans. A cette époque, ils passent au « jardin » d'enfants et y restent jusqu'à l'âge de 6 ans, date de l'entrée à l'école. Le programme du « jardin » et de l'école est très intéressant et mérite une attention spéciale (2).

| * * |
* * *

Outre ces maisons d'enfants des mères travailleuses, il existe à Tel-Aviv, par exemple, et grâce à l'initiative de la W.I.Z.O. (3), un foyer pour enfants prématurés et aérés. D'ailleurs, la municipalité juive de Tel-Aviv porte un intérêt toujours croissant à l'organisation de la puériculture et travaille en commun avec les organisations « Hadassah », « Wizo » et le K. Ch. (4).

Dans les autres villes, où les municipalités ne sont pas purement juives, il y a évidemment moins d'appui de ce côté et les trois organisations précédemment nommées travaillent ensemble avec beaucoup d'énergie.

Quel but poursuit-on actuellement et dans quelle direction les efforts principaux se déploient-ils ?

(1) Il existe d'ailleurs dans les villes une tendance de plus en plus forte à imiter l'organisation de ces établissements, ceci dans l'espoir d'amoindrir davantage la mortalité infantine par la pratique de la puériculture collective.

(2) Le développement de cette question serait hors des cadres de ce travail.

(3) Women International Zionist Organization (Organisation Internationale de Femmes Sionistes).

(4) Kupath Cholim, Caisse des Malades.

Le succès qui a été remporté dans le domaine de la lutte contre la mortalité infantile en Palestine a ouvert de nouvelles perspectives et, comme il a été déjà dit à propos de la puériculture en France (voir page 13), tous les efforts sont concentrés en faveur de la « lutte pour l'enfant normal ».

On pratique actuellement en Palestine la médecine préventive dans le sens le plus large du mot; on la pratique dans tous les domaines, mais c'est en puériculture qu'elle donne des résultats les plus immédiats. Ce travail est exécuté par un personnel spécialisé — des médecins et des infirmières-visiteuses — qui se groupe autour de l'œuvre de l'Assistance Sociale. Les efforts du service social ont démontré leur utilité surtout à Jérusalem et à Haïffa, au sein de la population pauvre, recrutée surtout de Juifs orientaux (Yemenites, Turcs, etc.), ces derniers habitant en masses les périphéries des villes et les vieux quartiers et vivant dans des conditions sanitaires déplorables. Il s'agit surtout de familles nombreuses. Le travail de l'Assistance Sociale comporte deux phases: 1^o la protection de la femme enceinte; 2^o la protection de l'enfant.

I. — Dans le domaine de protection de la femme enceinte, il y a beaucoup à faire; sans l'insistance de l'infirmière-visiteuse, ces femmes n'iraient jamais à une consultation et risqueraient de mourir dans leurs taudis, au cours d'une crise d'éclampsie, d'une septicémie ou à la suite d'une hémorragie. Le rôle que joue l'infirmière-visiteuse est donc très important : elle amène la femme enceinte en consultation et l'engage à revenir à la visite médicale au moins une fois par mois; elle explique à la femme et à son entourage les règles élémentaires d'hygiène nécessaires pendant la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, etc. De cette façon, l'éducation de la

future mère commence avant même que l'enfant soit né. Dans certains cas, et dans la mesure du possible, l'Assistance Sociale songe à améliorer la situation matérielle de la femme et à lui créer des conditions de vie en rapport avec son état; dans d'autres cas — plus sérieux — l'Assistance assure son transport et son séjour à l'hôpital. (Puériculture intrautérine de Pinard.)

Le travail inlassable de l'Assistance Sociale a contribué notablement à la diminution de la mortalité puerpérale en Palestine; il sera facile de s'en rendre compte d'après les quelques données statistiques suivantes (1) :

1° sur 6.366 accouchements au courant des années 1929 à 1933, il y a eu 13 cas d'éclampsie, dont trois mortels (2);

2° sur 4.241 accouchées, il y a eu un seul cas de septicémie, soit 0,24 p. 1.000 (3);

3° la mortalité de femmes enceintes inscrites sur les registres des stations à Jérusalem était de 1,81 p. 1.000 en 1933 et de 1,97 p. 1.000 en 1934.

II. — Dans le domaine de protection de l'enfant, les services rendus par l'Assistance Sociale sont également immenses. Les stations de consultations de nourrissons sont d'une importance capitale en Palestine. La plupart des mères se trouvent dans des conditions climatiques et sociales auxquelles elles ne sont pas accoutumées; d'autre part, pour ce qui concerne les femmes orientales,

(1) Statistique des consultations de femmes enceintes à Jérusalem.

(2) Ces 3 femmes n'ont pas été inscrites sur le registre de la station (consultations de femmes enceintes) et ont été hospitalisées d'urgence.

(3) A titre de comparaison, notons qu'en Allemagne 1,6 pour 1.000 et à New-York (1932) 1,54 pour 1.000 d'accouchées meurent de septicémie.

elles sont dépourvues de toute éducation et n'ont aucune idée sur l'hygiène de l'enfant. Grâce au contact permanent qui existe entre les services d'accouchement et les consultations de nourrissons, les Assistances Sociales tâchent d'enregistrer les nourrissons immédiatement après leur sortie de la maternité. Du moment que l'enfant se trouve sur la liste de la station, il est soumis à un contrôle médical ininterrompu jusqu'à son entrée à l'école, où le service d'hygiène scolaire se charge de son développement ultérieur.

Pendant la première année, chaque nourrisson est examiné dix-huit fois en moyenne et si l'on ajoute à ce nombre de consultations les visites que font les infirmières à domicile, il en résulte que le nourrisson est examiné à peu près deux fois par mois; sa mère reçoit à ces occasions des renseignements utiles concernant l'hygiène et l'alimentation de son bébé.

A partir de la deuxième année et jusqu'à l'âge de 4 ans, l'enfant est amené à la consultation quatre fois par an; les infirmières-visiteuses continuent toutefois à remplir leur fonction à domicile.

Dans ces conditions, l'hospitalisation de l'enfant est grandement facilitée chaque fois que l'indication s'impose.

La presse et la littérature jouent également un rôle primordial dans la vulgarisation de la puériculture en Palestine. Sans vouloir s'étendre sur les nombreux ouvrages très intéressants qui sont parus, j'en citerai cependant un qui m'a particulièrement impressionné : Haém Wehayélèd (La mère et l'enfant), c'est une édition d'art en forme d'annuaire rédigée par MM. Riwkai

et Meir, en collaboration avec des personnalités compétentes dans le domaine de la médecine, de l'hygiène et de la psychologie de l'enfant, et publiée par les soins de la Commission sanitaire près de la caisse des malades de l'organisation ouvrière de la Palestine.

Jusqu'à présent, il en existe 3 éditions ; la première (1933) a paru en forme de calendrier ; chaque soir, la mère note les événements principaux de la journée et, en cas de doute ou d'erreur de conduite, elle peut obtenir des réponses avec renseignements et explications. D'autre part, les mères d'enfants plus âgés sont invitées à envoyer à la rédaction de temps à autre un extrait de conversation avec leur enfant ; ces conversations sont triées et publiées ensuite dans un des périodiques ou dans l'édition suivante de l'ouvrage en question.

Cet annuaire comprend une partie médicale (populaire) et une partie littéraire, richement illustrées par des reproductions d'œuvres d'art ayant trait surtout à la Maternité et à l'Enfance.

De cette façon se crée et existe un contact étroit entre la mère, le médecin et l'éducateur.

La valeur éducatrice de cet ouvrage est incontestable et il présente un instrument excellent pour la vulgarisation de la puériculture en Eretz Israel (1).

(1) Palestine.

CHAPITRE IV

L'HYGIENE ET L'ALIMENTATION

L'hygiène bien conduite et l'alimentation convenablement choisie et réglée sont les deux facteurs principaux de la puériculture.

Or, comme nous avons souligné dans le chapitre précédent, le climat de la Palestine et les conditions sociales particulières dans lesquelles vit sa population ont nécessité des méthodes spéciales dans la puériculture, car il est évident que celles employées dans différents pays d'Europe et aux Etats-Unis d'Amérique n'ont pu être appliquées telles quelles. C'est grâce aux modifications apportées à ces méthodes que la puériculture en Palestine est devenue, elle aussi, spécifique et adaptée au pays.

Nous décrirons en quelques lignes la situation géographique et le climat (1) de la Palestine.

C'est un pays situé au Sud de la Syrie ; il est limité à l'Ouest par la Méditerranée, à l'Est par le désert et au Sud par le Ouady-el-Chari et le 31° de latitude Nord. La frontière septentrionale est moins nette.

L'année, en Palestine, comprend deux saisons : l'été et la saison des pluies. Dans l'Ancien Testament, pluies et hiver sont synonymes. En octobre commencent les premières ondées qui permettent le labour ; la pluie s'installe en décembre, janvier et février ; les dernières

(1) D'après le Dr Alfred Bonne : *Palaestina Land und Wirtschaft*, Leipzig, 1933.

pluies tombent en mars et en avril ; l'été amène un ciel d'une pureté remarquable avec des fortes rosées la nuit. En hiver règnent les vents d'Ouest et de Sud-en été, les vents frais du Nord ou du Nord-Ouest ; deux fois par an, pendant quelques jours d'une époque correspondant à peu près au milieu de notre printemps et de notre automne, la Palestine est envahie par des vents secs et brulants venant de l'Est ou du Sud-Ouest.

C'est le « siroco » — ou en arabe: « hamsine » — qui détruit souvent les cultures et a une influence fâcheuse sur les hommes et les animaux (jadis ce fut l'époque de la grande mortalité infantine).

Les variations de température sont particulièrement sensibles à l'Est du Jourdain où elles peuvent atteindre 25° C de minuit à midi. La neige tombe rarement et uniquement sur les points élevés (Jérusalem, 790 m.). Le littoral est plus chaud que les régions montagneuses. La température moyenne de l'année est de 17°2 C à Jérusalem et de 20°5 C à Tel-Aviv.

Les lignes isothermiques sont parallèles au rivage de la Méditerranée. La vallée du Jourdain jouit d'un régime spécial : le climat y est tropical. La température moyenne de l'année sur les bords de la Mer Morte (392 mètres au-dessous du niveau de la Méditerranée) est de 24°1 C.

« La Palestine (1) est un pays plein de variété, la diversité du sol étant accentuée par la diversité du climat. Sa faune et sa flore se distinguent également par une grande variété. Nu et hostile par endroits, son sol est fertile et accueillant dans d'autres et d'une manière générale le climat varie du subtropical au subalpin. »

Etant donné les considérations que nous venons d'évoquer, quelle est la tâche de l'hygiéniste en Palestine ?

(1) In A.S. Rappoport : Histoire de la Palestine, Ed. Payot, Paris.

En matière d'hygiène générale, ses efforts doivent être dirigés vers la prophylaxie des maladies tropicales : paludisme, typhus, dysenterie, etc.; d'autre part, il doit lutter contre l'influence souvent désastreuse des rayons solaires pendant les mois chauds de l'année.

Depuis de nombreuses années on procède systématiquement au dessèchement des marais; ces foyers malarigènes étaient innombrables avant la guerre et leur nombre diminue actuellement de jour en jour.

Malgré ce procédé classique de destruction des foyers malarigènes, malgré les belles allées d'eucalyptus qui ornent la plupart des habitations campagnardes de la Palestine, le pays, surtout certaines contrées, connaît de temps à autre des assauts brusques de malaria, et c'est pourquoi on continue la prophylaxie proprement dite, c'est-à-dire l'emploi de moustiquaires et de nombreux désinfectants et insecticides.

Si, dans les villes, les adultes se permettent de dormir sans moustiquaires, cette faveur est rarement accordée aux enfants. Les nourrissons, surtout à la campagne, possèdent des lits d'une construction spéciale; c'est une espèce de cage dont les cinq parois sont formées de toiles de moustiquaires tendues dans un cadre en bois. Dans les « kwoutzoth », on laisse les enfants coucher dans ces lits dehors dans l'ombre durant la journée et pour la nuit, on les rentre à la « maison des nourrissons ».

Dans les villes, où l'organisation de ces maisons spéciales est rendue plus difficile, les jeunes mères reçoivent, entre autres indications, des renseignements sur la façon de protéger l'enfant contre les maladies propagées et transmissibles par des insectes; dans les brochures qu'on leur distribue se trouve par exemple le paragraphe suivant : « Protège ton enfant dès sa naissance contre les piqûres de mouches, de moustiques, de puces et de punaises ».

Pour protéger les enfants contre l'influence néfaste du soleil palestinien, on leur interdit de se promener entre 10 et 16 heures. Durant le « hamsine » (1), ces promenades sont autorisées uniquement entre 4 et 7 heures; pendant cette époque, la chambre du nourrisson ou du petit enfant doit faire l'objet d'une surveillance particulière: fenêtre et portes fermées, stores baissés, aération uniquement nocturne; il faut rafraîchir la chambre en passant, toutes les 2 ou 3 heures, un chiffon mouillé sur le parquet. Pour calmer la soif des bébés, il faut leur donner un thé léger ou une tisane tiède entre les repas.

Trop bien couverts ou trop habillés pendant les mois chauds de l'été, les enfants sont sujets aux rhumes, et les complications qui s'en suivent (rhino-pharyngites, broncho-pneumonie, etc.) sont — d'après les statistiques — plus tenaces et plus rebelles au traitement que pendant l'automne ou l'hiver. Aussi la question d'habillement de l'enfant est-elle très importante et forme une branche spéciale de l'hygiène des enfants palestiniens.

L'allaitement au sein maternel est, dans toutes les circonstances, l'unique moyen convenable d'alimenter un nourrisson. C'est une vérité bien connue et depuis longtemps admise. Les lois de Colles et de Proféta, concernant l'allaitement dans la syphilis, en démontre bien l'importance. Aussi une grande propagande existe-t-elle dans ce sens en Palestine. La réalisation est d'autant plus difficile que la plupart des femmes travaillent et, dans ces conditions, l'allaitement devient une charge supplémentaire; elles arrivent facilement — au détriment de leurs enfants — à s'en débarrasser, grâce à la vulgarisation de plus en plus croissante de nombreux procédés d'allaitement artificiel.

(1) « Hamsine ». (Voir p. 40.)

Un moyen de salut de cet état de choses est le développement des établissements pour enfants de mères travailleuses dont j'ai parlé plus haut (voir page 32).

Pour ce qui concerne les « kwoutzoth », il va de soi que cette question y est très bien réglée.

Les tableaux ci-dessous (d'après Benno Grunenfelder) permettent de se rendre compte comment est réglée l'alimentation du nourrisson en Palestine.

TABLEAU I. — *Allaitement naturel*

Mois	Nombre de repas par jour		Quantité de lait maternel par repas (gr.)	Quantité de lait maternel par jour (gr.)	Quantités de calories par kg de poids nés, pour le bon développement.	alimentation complémentaire
	Tétées R.C.					
1"	5-6	—	100-120	500-600	120	—
2"	id.	—	120-150	600-720	—	—
3"	id.	—	130-160	720-800	—	jus de fruits suiv. ordonnance
4"	4-5	—	140-160	800-1.000	100	jus de fruits
5"	5-6 4-5	— 0-1	140-180	900-750	100-110	j. d. f.; 1 bouillie suiv. ordonnance
6"	5-6 3-4	— 1-2	id.	750-600	100	j. d. f. + 1 bouillie + 1 bouillon de légumes ou bouillie de légumes au lait
7"	4-5 2-3	— 2-3	id.	id.	90	avec jaune d'œuf
8"	id.	—	id.	600	id.	j. d. f. + 1 ou 2 bouillies + 1 bouillie de légumes avec jaune d'œuf
9"	id.	—	id.	400	id.	id.
10"	4-5 1-2	— 3-4	id.	300-180	80	j. d. f. + 1x lait de vache ou lait caillé; 1-2 bouillies + 1 bouillon de légumes avec 1 j. d'œufs ou viande
11" et 12"	—	4-5	—	—	80	fruits, lait de vache sous forme de chocolat, bouillies, bouillons de légumes, viande en petites quantités, jaunes d'œufs, lait caillé

R. C. : Repas complémentaire

TABLEAU II. — *Allaitement artificiel*

Mois	Nombre de repas par jour	Quantité par repas (gr.)	Calories	Composition de la nourriture	Quantité par jour
1 ^{er}	5	120-150	120	1/2 lait, 1/2 eau; 3 % dextrine, 2 % saccharose ou babeurre + 1 % dextrine + 5 % saccharose	600-750 gr. de lait coupé de 1/2 eau avec 5 % de hydrocarbonés ou babeurre
2 ^e	id.	150-180	id.		750-900 gr. de lait, etc. id.
3 ^e	id.	180-200	id.	2/3 lait, 1/3 eau; 3 % dextrine, 2 % saccharose ou bab. comme plus haut	900-1.000 gr. de lait, etc. id. + jus de fruits
4 ^e	id.	200	110	id. + 1 bouillie, jus de fruits ou fruits	800 gr. 2/3 lait, 5 % H.C., etc. id.
5 ^e	id.	id.	id.	id. + 1 bouillie	600 gr., etc. id.
6 ^e	id.	id.	id.	2/3 lait, 1/3 eau, etc.; 1 bouillie, 1 bouillon de légumes, bouillie de lég. au lait, jus de fruits ou fruits	600 gr., etc. id.
7 ^e	4-5	200-160	90	lait pur + 5 % sacc., 1-2 bouillies, 1 bouillon de lég. ou bouillie de lég. au lait, fruits	400 gr. lait complet, 1-2 bouillies, fruits, bouillon lég., jaune d'œufs
8 ^e	id.	id.	id.	id.	id.
9 ^e	id.	id.	id.	id.	200 gr. lait complet, 5 % sacc., 1 % farine ou 200 gr. lait complet + biscottes, 2 bouillies, fruits, jaune d'œufs 2x p. semaine, viande
10 ^e	id.	id.	80	id. + biscottes	
11 ^e et 12 ^e	id.	id.	id.	alimentation mixte, comme dans le tableau précédent	150-160 gr. lait complet sous forme de chocolat, biscottes, fruits, légumes, jaune d'œufs, viande, bouillon, semoule

La lecture de ces tableaux nous permet de constater que :

1° On attache une grande importance à l'emploi du jus de fruits dans l'alimentation du nourrisson à partir du troisième mois; on utilise les jus des fruits suivants : oranges, citrons, raisins, grenades, concombres et tomates ; la banane rapée constitue également un ali-

ment précieux au point de vue d'absorption de vitamines. Les enfants prennent le jus de fruits soit pur, soit mélangé aux aliments auxquels il est ajouté après leur cuisson ;

2° C'est au courant du sixième mois que débute le sevrage ; d'une manière générale, si la mère n'accuse aucun trouble de la sécrétion lactée, le bon développement du nourrisson peut être assuré jusqu'à la fin du quatrième mois uniquement par les tétées et une certaine quantité de jus de fruits. Au cours du cinquième mois on substitue une bouillie à une des tétées et ainsi de suite jusqu'au sevrage complet.

L'organisme du nourrisson est composé dans sa majeure partie d'eau (71 %) ; d'autre part, l'eau est indispensable pour le bon développement du bébé ; aussi faut-il lui fournir une quantité suffisante de liquides qui doivent assurer l'équilibre humoral.

Un nourrisson bien portant absorbe en moyenne dans les 24 heures 105 à 110 gr. d'eau par kg. de poids ; il élimine dans le même laps de temps et par les échanges respiratoires seulement (1), 38 à 45 gr. d'eau par kg. de poids. Ces chiffres varient d'ailleurs notablement avec les degrés de pression atmosphérique et de la température.

En présence des variations capricieuses du climat palestinien, cette question est d'une importance capitale. L'allaitement naturel règle de lui-même dans une

(1) Il est bien entendu que ces chiffres ne comprennent pas la quantité d'eau éliminée par les urines, les matières et la sueur.

certaine mesure l'apport de tous les éléments nécessaires à l'organisme de l'enfant ; ce n'est que dans l'allaitement artificiel que nous avons à nous occuper de ce problème.

Nous voyons sur le tableau II que, pendant les deux premiers mois, on emploie le lait de vache dans une dilution de 50 %. L'expérience (1) de l'allaitement artificiel en Palestine a démontré qu'on ne peut suivre l'exemple d'autres pays et qu'une dilution moins forte du lait de vache pendant les deux premiers mois de la vie du nourrisson donnerait des résultats néfastes pour ce dernier.

La dilution du lait entraîne un abaissement du taux du sucre qu'on est obligé de corriger par l'addition d'une certaine quantité de cet hydrocarbone. L'emploi du lactose est proscrit (nous allons voir par la suite pourquoi). On peut ajouter au mélange (eau + lait) jusqu'à 30 % de saccharose sans que cela nuise au nourrisson bien portant ; mais on préfère en Palestine la substitution au saccharose d'un mélange de dextrine et de saccharose dans les proportions indiquées dans le tableau II, cette méthode donnant des résultats supérieurs.

Nous avons vu plus haut que l'eau est un facteur très important dans l'alimentation du nourrisson ; sous le prétexte d'en fournir au bébé une quantité suffisante, on rencontre des cas de suralimentation. Or, la suralimentation, tout aussi bien que la sous-alimentation, est capable d'engendrer une deshydratation.

C'est par d'autres moyens qu'il faut enrayer le mal :

Pendant les quatre premiers mois de la vie, 5 à 6 tétées par jour doivent généralement suffire à l'enfant pour son évolution normale. Un arrêt ou même une

(1) D^r Benno Gruenfelder.

baisse de poids, survenant pendant les mois chauds de l'année, peut être mis sur le compte de l'élimination hydrique considérable qui se produit pendant le sommeil nocturne. Un rapprochement des deux tétées extrêmes de la journée, c'est-à-dire la diminution de l'intervalle entre la dernière tétée du soir et la première du matin, suffit très souvent pour que tout rentre dans l'ordre.

C'est la brusque apparition du « hamsine » qui nous met en présence du plus grand nombre de maladies de nutrition chez les enfants en Palestine. Les grandes chaleurs d'été influent moins sur la déperdition d'eau qu'une hausse brusque de la température pendant la journée.

Si l'atmosphère surchauffée agit sur la diminution de la sécrétion gastrique, elle cause surtout la fermentation exagérée du sucre de lait qui présente le gros danger des infections gastriques ; les graisses se mettent également à fermenter dès que la fermentation du lactose est amorcée. La diminution de l'acide total et de l'acide libre dans l'estomac de l'enfant nourri au sein, est causée non seulement par le ralentissement du processus de la sécrétion gastrique, mais également par une élimination brusque de grandes quantités d'eau (par la respiration et la transpiration) et par l'inspiration de l'air sec environnant. D'autre part, beaucoup d'enfants présentent des vomissements qui, eux aussi, contribuent à l'appauvrissement de l'organisme en eau.

En présence de ces troubles, le Dr Benno Gruenfelder propose ce qui suit : faire boire aux enfants, entre les repas, de petites quantités de thé ou, dans les cas plus sérieux, leur injecter sous la peau une solution faible de glucose ; aérer et ventiller le local autant que possible, donner des bains rafraîchissants, etc.

Très souvent les résultats de ces petits remèdes sont satisfaisants et d'autant plus appréciables qu'ils sont obtenus sans concours de médicaments.

L'expérience quotidienne démontre que le meilleur aliment pour l'enfant non nourri au sein est le babeurre.

S'il y a quelque chose à craindre dans l'emploi de ce produit, c'est son hyperacidité éventuelle, car l'acidité normale du babeurre n'a pas d'influence fâcheuse sur la physiologie digestive du nourrisson ; il y a donc lieu d'employer toujours un babeurre dont le degré d'acidité soit fixe.

Le titrage de l'acidité du babeurre s'effectue de la façon suivante : à 100 cc. de babeurre on ajoute 4 cc. d'une solution alcoolique de phénolphtaléine à 2 % ; une burette graduée et munie d'un robinet renferme de la soude à 1 : 4 ; on laisse couler la soude goutte à goutte dans le babeurre que l'on remue constamment à l'aide d'un agitateur, jusqu'au moment où le babeurre prend une coloration rose franche. Le nombre de cc. de soude employée pour l'opération correspond au chiffre qui désigne le degré d'acidité du babeurre ; on doit employer un babeurre dont le degré d'acidité varie entre 28 et 32 (si l'on emploie la solution de soude décinormale, le degré d'acidité correspond à 70).

Dans certains cas, on peut corriger l'hyperacidité du babeurre à l'aide d'une solution de bicarbonate de soude au 1/4.

On ne doit pas diluer le babeurre, mais il faut le faire bouillir pendant une demi-heure sur petit feu ; ensuite, il faut ajouter du sucre ou de la dextrine (pendant l'été, 1 1/2 % et pendant l'hiver jusqu'à 4 1/2 %) et l'aliment ainsi préparé est prêt pour être absorbé.

L'industrie laitière de la Palestine n'est pas encore suffisamment développée pour que l'on puisse se procurer toujours un babeurre frais à un degré d'acidité fixe, et c'est pourquoi on y utilise beaucoup la poudre de babeurre qui est titrée à 28° par la solution de soude au 1/4.

C'est une poudre jaune clair d'une saveur légèrement acide et d'une odeur fade. Pour l'employer il faut la dissoudre dans un peu d'eau bouillie et tiède et ajouter ensuite une quantité voulue d'eau et de sucre ; il est inutile de faire bouillir ce mélange. Quantitativement, cela se présente de la façon suivante : 8,5 gr. de poudre de babeurre sont dissous dans 100 cc. d'eau bouillie et tiédie, additionnée préalablement de 1 % de dextrine et d'un 1/2 % de saccharose.

Comme nous le voyons sur les tableaux, l'alimentation complémentaire consiste en : jus de fruits, différentes bouillies, légumes, jaune d'œuf, viande, etc.

Si les légumes présentent l'avantage d'être riches en vitamines, ils ont cependant l'inconvénient d'accélérer le péristaltisme intestinal ; or, comme les enfants en Palestine, sous l'influence du climat, ont une tendance naturelle aux selles multiples, il est préférable d'introduire plutôt tardivement les légumes dans leur alimentation. D'autre part, il semble que l'apport de vitamines par les légumes n'est pas assez important pour qu'il puisse récompenser les pertes causées par des selles trop nombreuses. Par contre, on peut, pour la préparation des bouillies, employer l'eau de cuisson des légumes et surtout doit-on avoir recours au jus de divers

fruits, chaque fois que l'apport de vitamines se montre nécessaire.

Quant à la viande, il est préférable de ne commencer à en donner au nourrisson, sous forme de boulettes, que vers la fin de la première année et surtout de ne pas commencer au moment du « hamsine ».

CHAPITRE V

LA MORBIDITE ENFANTINE EN PALESTINE

Les cas pathologiques communs aux enfants du monde entier prennent en Palestine une étendue et un caractère différents. Il est impossible, à l'heure actuelle de décrire ceci d'une façon exacte, car, puisque le développement des hôpitaux n'a pas pu suivre proportionnellement l'accroissement rapide de la population, beaucoup d'enfants, surtout parmi ceux qui ne sont pas inscrits sur les registres du service social, ont des difficultés pour être admis à l'hôpital qui manque de lits; ces enfants sont donc soignés par des médecins privés qui, généralement, ne publient pas leurs statistiques. Par conséquent, les données de la morbidité infantine ne peuvent être basées que sur l'expérience du milieu hospitalier, et dans ce cas particulier, nous aurons recours au service d'enfants près de l'hôpital de Rothschild « Hadassa » à Jérusalem (rapport annuel 1934, Had. med. org.).

Le tableau nosologique de ce service se montre différent des services hospitaliers d'enfants en Europe ou en Amérique. Grâce à la situation géographique de Jérusalem, on ne note presque pas de cas de rachitisme ni de spasmophilie ; de même les cas d'avitaminoses ou de maladies vénériennes sont très rares. C'est probablement dû dans une certaine mesure au milieu dans lequel se développe l'enfant palestinien en général. Ce milieu lui assure des soins choisis et une surveillance

ininterrompue, conditions dans lesquelles les dispositions naturelles pour certaines maladies diminuent et dans lesquelles s'accroît l'immunité naturelle contre diverses intoxications.

Les cas de bronchopneumonie et de pneumonie lobaire se présentent quantitativement de la façon suivante :

	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Bronchopneumonie.	8	23	17	12	11	11	10	7	17	14
Pneumonie lobaire.	103	49	71	101	111	69	56	78	51	51

En dehors de Jérusalem, aux endroits moins favorisés par le climat que cette ville, les chiffres des cas de maladies acquises des voies respiratoires sont bien supérieurs.

La diarrhée estivale se voit surtout pendant les mois de juillet et d'août. Voici une statistique des cas de maladies non-infectieuses du tube digestif :

	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Dyspepsie	26	61	31	58	50	34	34	42	41	62
Colite dysentérique.	6	6	7	12	19	7	6	9	15	12
Helminthiasis	6	14	2	9	7	8	5	11	17	27

La dysenterie bacillaire connaît deux points culminants pendant l'année : ce sont les mois de mai et de septembre ; le chiffre global des cas ne dépasse pas une dizaine par année. La dysenterie amibienne est également rarement rencontrée.

Les fièvres typhoïde et paratyphoïdes se voient sous forme endémique :

	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Paratyphoïdes	6	12	7	6	12	17	12	6	5	5
Fièvre typhoïde	27	24	21	14	15	10	13	23	13	37

Les enfants atteints d'autres maladies infectieuses ont été hospitalisés dans un service spécialisé ; voici quelques chiffres concernant ces cas pour les années 1925-1934 :

Rougeole	4 cas	Malaria	51 cas
Coqueluche	32 —	Fièvre de Malte.....	3 —
Rubéoles	4 —	Pappataci	20 —
Scarlatine	2 —	Polyomyélites	33 —
Varicelle	17 —	Typhus exanth.	3 —
Diphthérie	16 —	Tuberc. pulmon.	134 —

Il est à noter que les cas de Malaria provenaient tous du dehors de Jérusalem ; la fièvre de Malte a eu, comme d'habitude, l'origine dans la consommation du lait de chèvres souillées ; quant au Pappataci, les cas deviennent de plus en plus rares grâce à la lutte contre l'agent causal : la mouche de sable (entre 1925 et 1934 les cas se présentaient dans l'ordre suivant : 5, 9, 1, 3, 0, 0, 0, 0, 1, 1.). La polyomyélite existe en Palestine et surtout à Jérusalem sous forme endémique ; la paralysie progressive type Landry et les cas de mortalité sont très rares.

En outre, on note beaucoup de cas de brûlures et d'accidents de la voie publique. Les premières sont dues à ce que le gaz n'existant pas encore en Palestine, on y emploie dans la cuisine les lampes à pétrole. Le nombre de ces brûlures est presque égal aux cas d'accidents de la voie publique qui, avec l'accroissement de la population et l'augmentation de la circulation, sont devenus nombreux.

On peut dire d'une manière générale que grâce aux nombreuses améliorations tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue thérapeutique, le service d'enfants malades a accompli durant les 10 dernières années un progrès appréciable.

La découverte du reflexe de Gruenfelder (reflexe du

gros orteil) a contribué à l'établissement du diagnostic précoce dans les cas d'otite moyenne.

Pour avoir un contrôle permanent sur le lait distribué dans le service, on a créé un laboratoire, dans lequel s'effectuent les analyses nécessaires. Depuis 1930, le service obtient du lait pasteurisé, qui sert également à la préparation du babeurre. L'introduction (en 1933) dans la pratique des injections intraveineuses du sérum salé dans les cas de deshydratation au cours de différentes intoxications, a notablement diminué la mortalité infantine ; la guérison fut notée en 1934 dans 79 % des cas, tandis que le chiffre des guérisons des années précédentes atteignait à peine 50 %.

CHAPITRE VI

RESULTATS

Quels résultats a-t-on obtenu par l'application et la vulgarisation de la puériculture en Palestine ?

Les statistiques que nous rapportons ci-dessous permettent facilement de s'en rendre compte.

1° Mortalité infantile par 1.000 naissances parmi la population juive de la Palestine.

Années	Au courant de la 1 ^{re} année	Au 1 ^{er} mois	D'un mois à douze mois
—	—	—	—
1925.....	131,2	53,5	77,7
1926.....	108,1	43,8	64,3
1927.....	103,3	31,2	72,1
1928.....	95,8	31,8	64,0
1929.....	89,7	26,4	63,3
1930.....	69,0	23,2	45,8
1931.....	81,6	22,1	59,5

2° Mortalité infantile, sur 1.000 naissances, parmi la population juive dans les villes palestiniennes.

Années	Jérusalem	Tel Aviv	Haifa	Safed	Tiberias
—	—	—	—	—	—
1927.....	106,0	105,0	106	—	—
1928.....	135	75	287	—	—
1929.....	108	74	112	61	101
1930.....	91	58	48	60	69
1931.....	104	73	57	74	56

3° Mortalité infantile dans le Emek-Izreel.

Années	Naissances	Décès dans la 1 ^{re} année	soit sur 1.000 naissances
—	—	—	—
1929.....	243	8	33,0
1930.....	259	8	31,0
1931.....	303	8	27,0

4° Mortalité infantile du premier au douzième mois de la vie, durant les saisons d'été et d'hiver, à Jérusalem et à Tel-Aviv.

Mai-Octobre					
Années	1927	1928	1929	1930	1931
Jérusalem	97	122	88	69	108
Tel-Aviv	—	43	49	36	47

Novembre-Avril					
Années	1927	1928	1929	1930	1931
Jérusalem	37	50	49	35	38
Tel-Aviv	—	22	20	21	24

5° Mortalité infantile dans les villes de la Palestine, parmi les Juifs, par 1.000 naissances (du premier au douzième mois).

Années	Jérusalem	Tel-Aviv	Haïfa
1927.....	80,0	63,0	69,0
1928.....	95,0	45,04	209,0
1929.....	75,12	48,83	73,0
1930.....	55,08	42,0	30,0
1931.....	73,99	52,65	39,0

6° Mortalité infantile (par 1.000 naissances) à Jérusalem et à Tel-Aviv suivant les différents mois de l'année.

	1928		1929		1930		1931	
	Jérus.	Tel-Av.	Jérus.	Tel-Av.	Jérus.	Tel-Av.	Jérus.	Tel-Av.
Novembre.	11	3	13	2	4	4	7	5
Décembre.	8	5	6	6	7	5	4	2
Janvier....	8	4	7	1	6	2	5	7
Février ..	7	2	5	4	5	3	10	3
Mars.....	8	2	6	3	4	4	7	2
Avril.....	8	6	12	4	9	3	5	5
Mai.....	30	12	23	16	18	8	18	9
Juin.....	21	5	21	9	13	10	30	10
Juillet....	21	10	15	8	12	5	15	11
Août.....	31	8	15	4	12	3	13	6
Septembre.	12	5	11	6	6	4	20	4
Octobre...	7	3	3	6	8	6	12	7

7° Tableau comparatif de la mortalité infantile (par 1.000 naissances) chez les différentes parties de la population en Palestine (1).

(Statistiques officielles du gouvernement)

Années	Musulmans	Juifs	Chrétiens	Autres
1924.....	199,0	105,7	—	—
1925.....	200,5	131,3	—	—
1926.....	172,5	108,1	158,0	170,9
1927.....	216,7	103,3	181,2	156,6
1928.....	203,5	95,8	157,9	121,2
1929.....	204,9	89,7	155,1	166,6
1930.....	169,5	69,0	134,4	118,7
1931.....	187,5	85,7	133,5	113,3
1932.....	164,4	81,6	141,3	167,0
1933.....	156,8	80,4	128,3	143,4
1934.....	175,1	78,1	152,3	202,6

Il résulte de ce tableau que, pendant l'année 1930, on notait le plus bas chiffre de mortalité enfantine chez les Juifs. C'est probablement dû au climat doux de l'année en question.

La natalité générale dans le pays était, par exemple en 1934 : 41,59 p. 1.000 de la totalité de la population ; sur les différentes religions, ce chiffre se répartissait de la façon suivante :

Musulmans	Juifs	Chrétiens	Autres
46,56 p. 1.000	30,21 p. 1.000	33,55 p. 1.000	41,87 p. 1.000

Nous voyons donc ici que la natalité juive, quoique grande par rapport aux autres nations, est la moindre parmi les différents groupes en Palestine. Mais vu que, grâce à la puériculture, la mortalité enfantine est également petite, l'accroissement naturel est satisfaisant.

(1) Ces chiffres se rapportent aux enfants âgés jusqu'à 12 mois.

Dans les années 1926 à 1934, l'excédent de naissances se présentait comme suit :

Musulmans (1)	Juifs	Chrétiens	Autres
73 %	18 %	8 %	1 %

(1) La population arabe de la Palestine est 3 à 4 fois plus grande que la population juive.

CONCLUSIONS

1. — La puériculture en Palestine a démontré une fois de plus l'exactitude de la conclusion de la conférence de Cannes (voir page 11) :

« Il n'est point d'effort en matière d'hygiène publique qui fournisse des résultats plus immédiats et d'une portée plus considérable que ceux réalisés dans la protection de l'enfance. »

2. — La natalité parmi les Juifs en Palestine est de beaucoup supérieure à celle des Juifs dans différents pays européens et même à celle de toutes les populations d'Europe. La natalité en Allemagne par exemple est de 6 p. 1.000 environ, tandis que celle des Juifs palestiniens s'élève à 33-39 p. 1.000.

Les statistiques nous démontrent que la natalité des Arabes dépasse celle des Juifs ; mais, étant donné les conditions sanitaires dans lesquelles vivent les Arabes et la mortalité infantile qui s'en suit, nous pouvons conclure que, toutes proportions conservées, l'accroissement naturel des Juifs est presque identique à celui des Arabes.

3. — Malgré l'influence néfaste du climat palestinien sur le développement normal des enfants (surtout des immigrés), la mortalité infantile est plus faible en Palestine que dans la plupart des pays d'Europe centrale.

La mortalité infantile parmi les Juifs de Palestine atteignait, en 1925 le chiffre de 132 p. 1.000.

La propagande perpétuelle en faveur de l'allaitement naturel et la vulgarisation de plus en plus croissante de la puériculture ont diminué ce chiffre. En passant par l'année 1930 qui était la plus favorable à cet égard (69 p. 1.000), nous avons enregistré en 1934 le chiffre de 78,1 p. 1.000.

La puériculture collective diminue cette mortalité encore davantage; le Emek Izreel avait, durant ces dernières années, une mortalité infantile qui ne dépassait pas 48 p. 1.000. Ce dernier chiffre est un des plus faibles de la statistique mondiale de la mortalité infantile.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLETY

Vu : Le Doyen,
M. ROUSSY.

Vu : Le Président de la Thèse,
P. LEREBoullet

BIBLIOGRAPHIE

- BANETH. — Das juedische Ritualgesetz in hygienischer Beleuchtung.
- BONNE A. — Palästina, Land und Wirtschaft. (Leipzig, 1933.)
- CARCASSONNE. — Essais historiques sur la médecine ancienne et moderne. (Thèse Montpellier.)
- DEVRAIGNE et SEGUY. — Recherche des phases physiologiques de la stérilité et de la fécondabilité de la femme ; étude critique des théories de Kaans et d'Ogino. (Monde Médical 855, 11 novembre 1935.)
- DORSENNE. — Puériculture exotique. (Revue de l'Enfance, septembre 1928.)
- GRUENFELDER. — Die Bekaempfung der Sauglingssterblichkeit in Palästina. (« Die Welt », 1914. Berlin.)
- Indicateur de puériculture, Jérusalem 1931.
 - Alimentation de nourrissons en Palestine. (« Réfouà », 1929.)
 - Les maladies infectieuses des voies digestives chez les enfants en Palestine. (« Réfouà » t. 6, ch. 1.)
 - La tuberculose pulmonaire chez les enfants en Palestine. (« Réfouà » t. 5, ch. 5.)
 - Le reflexe du gros orteil et le reflexe de Gruenfelder. (« Réfouà », t. 4, ch. 6.)
 - Memorandum on infant mortality in Palestine, mai 1932.

- Aetiology of the disturbances of nutrition with toxic Symptoms of infants in Palestine. (Jerusalem 1934.)
- Conférences et rapports à la « Had. Med. Org. »
- HADASSA. — Rapport annuel 1933.
- HADASSA. — Rapport annuel 1934.
- HOPPE. — Krankheiten und Sterblichkeit bei Juden und Nicht-Juden.
- HUGUEŠ. — Jews and Gentils.
- JEWISH ENCYCLOPEDIA. — Child.
- KATZENELSON. — La médecine dans le Talmud.
- KOTELMANN. — Geburtshilfe.
- LEREBoullet. — Manuel de Puériculture, Masson éd., 1932.
- Leçon inaugurale au cours d'hygiène et de clinique de la première enfance. (Paris-Médical, 8 décembre 1928.)
- LEVIN. — L'hygiène ancienne et moderne chez les Juifs, Varsovie, 1923.
- LÉVY L.-G. — La famille dans l'antiquité israélite.
- MACHT. — Embryology and obstetric in ancient hebrew litteratur.
- N... — Les bases de la Médecine, Lemberg 1890.
- NOIR. — Introduction à l'étude de la puériculture. (Conc. Méd. 5 janvier 1930.)
- Introduction à l'étude de la puériculture. (Conc. Méd., 26 juin 1932.)
- PREUSS. — Geburtshilfe in Bibel und Talmud.
- RAPPAPORT. — Histoire de la Palestine, Payot Ed., 1932.
- RIWKAL. — Péouthoth, Tel-Aviv, 1935.

STUDENCKI. — Le médecin d'enfants. (Varsovie, 1843.)

SIMON J. — L'éducation et l'instruction des enfants chez les Juifs.

VERMEL. — A propos de la Pathologie des Juifs. (Moscou 1909.)

WEILL-HALLÉ. — La puériculture et son évolution. (Paris, 1929.)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
<i>Introduction</i>	8
Chapitre I. — La puériculture en France (aperçu historique)	10
Chapitre II. — La puériculture chez les Juifs (aperçu historique)	15
Chapitre III. — Historique et organisation de la puériculture en Palestine	27
Chapitre IV. — Hygiène et alimentation	39
Chapitre V. — La morbidité infantine en Palestine	51
Chapitre VI. — Résultats	55
Conclusions	59
Bibliographie	61

